



Fiche de renseignements enfant

1. Informations générales

Nom : Prénom de l'enfant :

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant (autres que parents)

Nom: Prénom:.....

Tél.....

Nom :Prénom :

Tél :

Nom : Prénom :.....

Tél :

Personne(s) de référence en cas d'urgence (autres que parents)

Nom : Prénom :.....

Tél :

Nom : Prénom :.....

Tél :

Nom : Prénom :.....

Tél :



2. Santé de l'enfant

Nom du médecin/pédiatre de l'enfant :

Téléphone du médecin/pédiatre :

Assurance maladie :

Numéro de police :

Assurance RC :

Numéro de police :

Maladie infantine :

(rougeole, rubéole, roséole, scarlatine, varicelle, impétigo, syndrome pied-main-bouche, oreillons, bronchiolite, coqueluche)

Type d'allergie :

Réaction provoquée par l'allergène :



Procédure à suivre en cas de réaction allergique

Administration de médicament-s au quotidien

Oui Non

Si Oui; Nom du/des médicament-s et sa posologie :

.....
.....

Administration de médicament-s en cas d'urgence :

Oui Non

Si Oui; Nom du/des médicament-s et sa posologie :

.....
.....

Aliments interdits/Régimes spéciaux :

.....
.....

N.B : En cas d'allergie ayant des conséquences graves sur la santé de votre enfant, un certificat médical sera demandé par la direction.



PHARMACIE 1^{er} secours

Une pharmacie de 1^{er} secours est utilisée au sein de l'UAPE en cas de blessure ou mal de tête par exemple.

- J'autorise l'EDE à administrer les médicaments à mon/mes enfant-s
- Je n'autorise pas l'EDE à administrer les médicaments à mon/mes enfant-s

Remarque :

.....

.....

Date :

Signature des parents :

Signature de l'éducatrice/teur :

